



ACADEMIE
DE NICE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Formulaire certificat médical confidentiel

Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient

réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de prévention en faveur des personnels de l'académie de Nice

document soumis au secret professionnel

article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage **Prénom**

Nom de naissance **Date de naissance**

Adresse

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap (diagnostic, date de début des troubles, évolution)

- Examens complémentaires joints à la demande :

 - Compte(s) rendu(s) hospitaliers joints à la demande :

Description clinique actuelle :

.....
.....
.....
.....

Traitements, prises en charges thérapeutiques**Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)**

.....
.....

Prise en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
 - Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
 - Autres prises en charges paramédicales régulières
 - Autre (préciser)
-

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

.....
.....

Certificat médical établi le _____..**Signature et cachet du médecin**